

 PERSONERÍA Municipal de Madrid		<table><tr><td>CODIGO</td><td>250030</td></tr><tr><td>VERSIÓN</td><td>2</td></tr><tr><td colspan="2">FECHA DE APROBACIÓN</td></tr><tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AA</td></tr><tr><td>6</td><td>6</td><td>24</td></tr></table>	CODIGO	250030	VERSIÓN	2	FECHA DE APROBACIÓN		DD	MM	AA	6	6	24																													
CODIGO	250030																																										
VERSIÓN	2																																										
FECHA DE APROBACIÓN																																											
DD	MM	AA																																									
6	6	24																																									
FORMATO ÚNICO DE TRÁMITE DE PAGO																																											
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO																																											
<table><tr><td>NUMERO DE CONTRATO</td><td>015-2026</td></tr><tr><td colspan="2">OBJETO</td></tr><tr><td colspan="2">PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO Y AUDITORIA EN TEMAS DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL A LA DIRECCION DE SALUD DE MADRID Y HOSPITAL SANTA MATILDE, ASI COMO LA ACTUALIZACION, SEGUIMIENTO, CUMPLIMIENTO Y FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 1072 DE 2015, EN LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE MADRID CUNDINAMARCA</td></tr></table>	NUMERO DE CONTRATO	015-2026	OBJETO		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO Y AUDITORIA EN TEMAS DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL A LA DIRECCION DE SALUD DE MADRID Y HOSPITAL SANTA MATILDE, ASI COMO LA ACTUALIZACION, SEGUIMIENTO, CUMPLIMIENTO Y FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 1072 DE 2015, EN LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE MADRID CUNDINAMARCA		<table><tr><td>FECHA DE CONTRATO</td><td>16/1/2026</td></tr><tr><td>PLAZO DE EJECUCIÓN</td><td>ONCE (11) MESES Y DIECISEIS (16) DÍAS</td></tr><tr><td>FECHA DE INICIO</td><td>15/1/2026</td></tr><tr><td>FECHA DE FINALIZACION</td><td>31/12/2026</td></tr><tr><td>PRÓRROGAS EN TIEMPO / ADICIÓN</td><td>SIN / CON</td></tr></table>	FECHA DE CONTRATO	16/1/2026	PLAZO DE EJECUCIÓN	ONCE (11) MESES Y DIECISEIS (16) DÍAS	FECHA DE INICIO	15/1/2026	FECHA DE FINALIZACION	31/12/2026	PRÓRROGAS EN TIEMPO / ADICIÓN	SIN / CON																										
NUMERO DE CONTRATO	015-2026																																										
OBJETO																																											
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO Y AUDITORIA EN TEMAS DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL A LA DIRECCION DE SALUD DE MADRID Y HOSPITAL SANTA MATILDE, ASI COMO LA ACTUALIZACION, SEGUIMIENTO, CUMPLIMIENTO Y FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 1072 DE 2015, EN LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE MADRID CUNDINAMARCA																																											
FECHA DE CONTRATO	16/1/2026																																										
PLAZO DE EJECUCIÓN	ONCE (11) MESES Y DIECISEIS (16) DÍAS																																										
FECHA DE INICIO	15/1/2026																																										
FECHA DE FINALIZACION	31/12/2026																																										
PRÓRROGAS EN TIEMPO / ADICIÓN	SIN / CON																																										
<table><tr><td colspan="2">CONTRATISTA</td></tr><tr><td colspan="2">NANCY STELLA NAVARRO BAQUERO</td></tr><tr><td>C.C.</td><td>X</td><td>NIT</td><td>39.770.716</td></tr><tr><td>ACTIVIDAD ECONOMICA CIU</td><td colspan="3">7513</td></tr><tr><td>REGIMEN DE VENTAS</td><td colspan="3">NO RESPONSABLE DE IVA</td></tr></table>	CONTRATISTA		NANCY STELLA NAVARRO BAQUERO		C.C.	X	NIT	39.770.716	ACTIVIDAD ECONOMICA CIU	7513			REGIMEN DE VENTAS	NO RESPONSABLE DE IVA			<table><tr><td colspan="2">SUPERVISOR</td></tr><tr><td colspan="2">JASON NOVA SALGADO</td></tr><tr><td>CARGO</td><td>PERSONERO MUNICIPAL</td></tr><tr><td>DEPENDENCIA</td><td>PERSONERO MUNICIPAL</td></tr><tr><td>CORREO</td><td>personeria@madrid-cundinamarca.gov.co</td></tr></table>	SUPERVISOR		JASON NOVA SALGADO		CARGO	PERSONERO MUNICIPAL	DEPENDENCIA	PERSONERO MUNICIPAL	CORREO	personeria@madrid-cundinamarca.gov.co																
CONTRATISTA																																											
NANCY STELLA NAVARRO BAQUERO																																											
C.C.	X	NIT	39.770.716																																								
ACTIVIDAD ECONOMICA CIU	7513																																										
REGIMEN DE VENTAS	NO RESPONSABLE DE IVA																																										
SUPERVISOR																																											
JASON NOVA SALGADO																																											
CARGO	PERSONERO MUNICIPAL																																										
DEPENDENCIA	PERSONERO MUNICIPAL																																										
CORREO	personeria@madrid-cundinamarca.gov.co																																										
2. INFORMACION PARA TRAMITE DE PAGO																																											
<table><tr><td colspan="4">IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO</td></tr><tr><td>PAGO UNICO</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>PAGO PARCIAL</td><td>X</td><td>N°.</td><td>4</td></tr></table>	IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO				PAGO UNICO				PAGO PARCIAL	X	N°.	4	<table><tr><td colspan="2">3. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO APORTE SEGURIDAD SOCIAL</td></tr><tr><td colspan="2">EL CONTRATISTA</td></tr><tr><td colspan="2">Certifico bajo la gravedad de juramento que los aportes de seguridad social que a continuación se detallan, corresponden a los ingresos percibidos por el presente contrato, para el periodo de liquidación de esta acta.</td></tr><tr><td colspan="2">SALUD</td></tr><tr><td>ENTIDAD</td><td>SANITAS</td></tr><tr><td>PERIODO</td><td>ABRIL</td></tr><tr><td># PLANILLA</td><td>1081740350</td></tr><tr><td colspan="2">PENSIÓN</td></tr><tr><td>ENTIDAD</td><td>PORVENIR</td></tr><tr><td>PERIODO</td><td>ABRIL</td></tr><tr><td># PLANILLA</td><td>1081740350</td></tr><tr><td colspan="2">ARL</td></tr><tr><td>ENTIDAD</td><td>POSITIVA</td></tr><tr><td>PERIODO</td><td>ABRIL</td></tr><tr><td># PLANILLA</td><td>1081740350</td></tr></table>	3. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO APORTE SEGURIDAD SOCIAL		EL CONTRATISTA		Certifico bajo la gravedad de juramento que los aportes de seguridad social que a continuación se detallan, corresponden a los ingresos percibidos por el presente contrato, para el periodo de liquidación de esta acta.		SALUD		ENTIDAD	SANITAS	PERIODO	ABRIL	# PLANILLA	1081740350	PENSIÓN		ENTIDAD	PORVENIR	PERIODO	ABRIL	# PLANILLA	1081740350	ARL		ENTIDAD	POSITIVA	PERIODO	ABRIL	# PLANILLA	1081740350
IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO																																											
PAGO UNICO																																											
PAGO PARCIAL	X	N°.	4																																								
3. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO APORTE SEGURIDAD SOCIAL																																											
EL CONTRATISTA																																											
Certifico bajo la gravedad de juramento que los aportes de seguridad social que a continuación se detallan, corresponden a los ingresos percibidos por el presente contrato, para el periodo de liquidación de esta acta.																																											
SALUD																																											
ENTIDAD	SANITAS																																										
PERIODO	ABRIL																																										
# PLANILLA	1081740350																																										
PENSIÓN																																											
ENTIDAD	PORVENIR																																										
PERIODO	ABRIL																																										
# PLANILLA	1081740350																																										
ARL																																											
ENTIDAD	POSITIVA																																										
PERIODO	ABRIL																																										
# PLANILLA	1081740350																																										
<table><tr><td>PERIODO</td><td>1-04-2026 al 30-04-2026</td></tr><tr><td>VALOR DEL PAGO</td><td>\$ 5.250.000</td></tr><tr><td>N° FACTURA</td><td>4</td></tr><tr><td>CUENTA BANCARIA</td><td>456100007032</td></tr><tr><td>BANCO</td><td>DAVIVIENDA</td><td>TIPO</td><td>AHORROS</td></tr></table>	PERIODO	1-04-2026 al 30-04-2026	VALOR DEL PAGO	\$ 5.250.000	N° FACTURA	4	CUENTA BANCARIA	456100007032	BANCO	DAVIVIENDA	TIPO	AHORROS	<table><tr><td colspan="2">FIRMA CONTRATISTA</td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr></table>	FIRMA CONTRATISTA																													
PERIODO	1-04-2026 al 30-04-2026																																										
VALOR DEL PAGO	\$ 5.250.000																																										
N° FACTURA	4																																										
CUENTA BANCARIA	456100007032																																										
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO	AHORROS																																								
FIRMA CONTRATISTA																																											
																																											
4. EL SUPERVISOR																																											
Como supervisor del contrato certifico que el contratista cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del referido contrato, durante el periodo correspondiente al presente pago. Como supervisor del contrato verifiqué el cumplimiento por parte del contratista con respecto a los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos labores, de conformidad con la normatividad vigente. Como supervisor del contrato certifico que los soportes que acompañan este formato corresponden a los originados en la ejecución del contrato y fueron debidamente validados para autorizar el trámite de pago. Como supervisor autorizo el trámite de pago de la presente acta ante el Área Financiera de la Personería Municipal La presente certificación se expide el: 04 de Mayo de 2026 <table><tr><td></td></tr><tr><td>FIRMA SUPERVISOR</td></tr></table>				FIRMA SUPERVISOR																																							
																																											
FIRMA SUPERVISOR																																											



PERSONERÍA

Municipal de Madrid

CÓDIGO	250030		
VERSIÓN	2		
FECHA DE APROBACIÓN			
DD	MM	AAAA	
6	6	2024	

INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PERSONERÍA MUNICIPAL DE MADRID

I. INFORMACIÓN DE SUPERVISIÓN

	Supervisor		Teléfono o Ext.
	JASON NOVA SALGADO PERSONERO MUNICIPAL DE MADRID		6018183617

II. INFORMACION CONTRACTUAL

Nombre o razón social del contratista		CC. / Nit
NANCY STELLA NAVARRO		39.770.716

III. TIPO DE CONTRATO

CONTRATO NÚMERO	Fecha: DD/MES/AÑO	
015-2025	16/1/2026	
FECHA INICIO:	PLAZO INICIAL	
16/1/2026	ONCE (11) MESES Y DIECISEIS (16) DÍAS CALENDARIO	

IV. OBJETO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO Y AUDITORIA EN TEMAS DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL A LA DIRECCION DE SALUD DE MADRID Y HOSPITAL SANTA MATILDE, ASI COMO LA ACTUALIZACION, SEGUIMIENTO, CUMPLIMIENTO Y FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 1072 DE 2015, EN LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE MADRID CUNDINAMARCA

V. PERIODO CERTIFICADO

Desde: DD/MM/AAAA	Hasta: DD/MM/AAAA	Informe No.
1/4/2026	30/4/2006	4

VI. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	SOPORTE O EVIDENCIA
Realizar seguimiento visitas y auditorías periódicas en salud a la Dirección de Salud de Madrid y al Hospital Santa Matilde, generando acta de las visitas.	Para este periodo se llevo a cabo visita a laa direccion Local de Salud donde se verificaron acciones de Prestacion de Servicios de Salud y se defino datos del municipio en salud	acta de visita No. 042
Realizar seguimiento en la atención al usuario de las PQRS de la Dirección de Salud de Madrid	Dentro de la visita a la Direccion Local de salud se revisaaron PQRS que llegaron al area de preestacion de servicios via correo y el envio a la EPS sin respuesta de la misma	acta de visita No. 042
Realizar seguimiento y elaboración de los oficios para requerimientos de inspección vigilancia y control en temas relacionados con la Dirección de Salud de Madrid y al Hospital Santa Matilde	Para este periodo e enviaron 2 PQR relacionadas con callidad en la prestacion de servicios y se informo al usurio de la gestion	SINFA
Seguimiento a consultas, turnos y planes de mejoramiento a todos los temas de salud de la Dirección de Salud de Madrid.	De acuerdo a revisión del sistema de información SINFA No se presentaron PQRS, para la Dirección Local de Salud	acta de revisión de SINFA
Elaborar un plan de prevención preparación y respuesta a emergencias y divulgarlos en todos los niveles del centro de trabajo en la Personería de Madrid	Para este periodo se continuo con el proceso de capacitaciones y analisis de puetto de trabajo	soporte capacitacion y anaalisis de pueetos de trabajo
Conformar la brigada de emergencia de la Personería de Madrid	Para este periodo se hizo revision de extintores, camiilas y botoquin	registro fotografico
Dar cumplimiento a las normas aplicables para la actualización, seguimiento, cumplimiento y Fortalecimiento del programa del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en especial lo dispuesto en el decreto 1072 de 2015	Se hace seguimiento a la matriz de riesgos para la vigencia 2026	N/A
. Ejecutar actividades de implementación del sistema de gestión y seguridad y salud en el trabajo en la Personería de Madrid	Se dio inicio a capacitaciones en riesgos ocupacionales para el personal	N/A
Realizar levantamiento de información o actualización de matriz de identificación de peligros, evaluación valoración de riesgos y controles en el centro de trabajo de la Personería de Madrid.	se hace innforme trimestral de indicadores SST	informe

FIRMA DEL CONTRATISTA:		
NOMBRE: NANCY STELLA NAVARRO BAQUERO		
C.C: 39770716 de Madrid Cund.		
En mi calidad de supervisor, previa verificación de las actividades realizadas certifico que el contratista cumplió con las obligaciones en los términos y tiempos pactados, las cuales fueron verificadas y se avala el presente informe de conformidad con el artículo 83 y 84 de la ley 1474 de 2011.		
Así mismo, el supervisor certifica que el contratista realizó el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y ARL, presentando las planillas originales de acuerdo con lo establecido en la ley 789 de 2002 y el decreto 1709 de 2002 correspondientes al mes de abril de 2026.		
 Firma del supervisor: JASON NOVA SALGADO PERSONERO MUNICIPAL DE MADRID		

PERSONERÍA MUNICIPAL DE MADRID - CUNDINAMARCA

DEBE A:

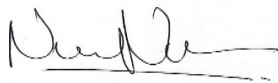
NANCY STELLA NAVARRO BAQUERO

C.C. 39770716 de Madrid Cund.

Por concepto de pago de honorarios de servicios profesionales prestados en el periodo comprendido entre el 01 de abril de 2026 al 30 de abril de 2026, para el desarrollo de las actividades contempladas en el objeto contractual **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO Y AUDITORIA EN TEMAS DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL A LA DIRECCION DE SALUD DE MADRID Y HOSPITAL SANTA MATILDE, ASI COMO LA ACTUALIZACION, SEGUIMIENTO, CUMPLIMIENTO Y FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 1072 DE 2015, EN LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE MADRID CUNDINAMARCA**, del **CONTRATO CPS-015-2026** en las Instalaciones de la Personería Municipal de Madrid - Cundinamarca, por valor **CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$5.250.000) M/CTE M/CTE.**

Madrid (Cundinamarca), 04 de Mayo de 2026.

Atentamente,



NANCY STELLA NAVARRO BAQUERO

C.C. 39770716

Madrid, 04 de mayo de 2026.

Señores,

PERSONERIA MUNICIPAL DE MADRID (Cund.)

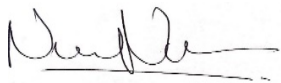
Ciudad.

REF. CERTIFICADO DE CALIFICACIÓN TRIBUTARIA

Yo, NANCY STELLA NAVARRO BAQUERO, identificada con la cédula de ciudadanía No 39.770.716 expedida en Madrid Cund., hago las siguientes declaraciones bajo gravedad de juramento para efectos de aplicación de la retención en la fuente durante el año gravable 2025, Así:

1. (NO() SI(X) SOY DECLARANTE DE RENTA
2. (NO(x) SI() Solicito aplicar los porcentajes de retención tradicional establecidos en el Artículo 392 del Estatuto Tributario (esto es el 10% , 11%, 6%, 4% según corresponda).
3. (NO(x) SI() Solicito aplicar la tabla de retención en la fuente establecida en el Artículo 383 del Estatuto Tributario, con la depuración relacionada, en los Artículos: 387,388 y 206 del Estatuto Tributario.
4. (NO(x) SI() Certifico que tomaré los costos y gastos procedentes de mi actividad, como deducciones en la declaración de renta de esta vigencia. (si se indicó NO en este numeral, se tomará el beneficio de la renta exenta del 25% establecido en el Art. 206 Numeral 5-Parg. 10, ET.)
5. De acuerdo con mi RUT, informo que NO(□) SI(X) pertenezco al Régimen Simple de Tributación.

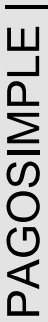
Nota: Me comprometo a informar a la PERSONERIA MUNICIPAL DE MADRID de manera oportuna cualquier modificación a esta certificación.



Nombre Contratista: NANCY STELLA NAVARRO BAQUERO

Cedula: 39770716 de Madrid Cund.

N° Contrato: 015-2026

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-04, 03:35:22 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1081740350

Periodo Cotización:	abril de 2026	Periodo Servicio:	abril de 2026
----------------------------	---------------	--------------------------	---------------

abril de 2026

Periodo Servicio: abril de 2026

PAGADO 04/05/2026

Razón Social	NANCY ESTELLA NAVARRO BAQUERO
--------------	-------------------------------

II. DETALLE DEL APORTANTE

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saludos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 2.100.000	\$ 2.100.000	\$ 2.100.000	\$ 0	\$ 336.000	\$ 262.500	\$ 11.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 609.500	\$ 0	\$ 609.500

